

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XIX

DEZEMBRO DE 1940

N. 12

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade Medicina de Porto Alegre — 1940

PRESIDENTE

HUGO RIBEIRO

Dermatologista da S. Casa

VICE-PRESIDENTE

JACI C. MONTEIRO

Cat. Int. de Cl. Cirúrgica

SECRETARIO GERAL

SALVADOR GONZALES

1.º SECRETARIO

RUBENS MACIEL

2.º SECRETARIO

ALFREDO HOFMEISTER

TESOUREIRO

ANTÉRO SARMENTO

BIBLIOTECARIO

LUIZ SARMENTO BARATA

Doc. Livre de Cl. Urológica

NINO MARSIAJ

Cat. Int. de Cl. Médica

DIRECAO CIENTIFICA

MARTIM GOMES

Cat. de Ginecologia

RAUL MOREIRA

Cat. de Cl. Pediátrica Méd.

SECRETARIO DA REDAÇÃO

RUBENS MACIEL

REDADORES

GABINO DA FONSECA
MARIO TOTA
FLORENCIO YGARTUA
NOGUEIRA FLORES
VALDEMAR CASTRO
PEDRO MACIEL
JACI MONTEIRO
MARIO BERND
NINO MARSIAJ
AMÉRICO VALERIO
J. LISBOA DE AZEVEDO
IVO CORRÊA MEYER
LUIZ S. BARATA
HELMUTH WEINMANN
RAUL DI PRIMIO

MARTIM GOMES
GUERRA BLESSMANN
DECIO DE SOUZA
ANES DIAS
RAUL MOREIRA
PEREIRA FILHO
J. L. T. FLORES SOARES
J. MAIA FAILACE
CARLOS CARRION
ÁLVARO B. FERREIRA
C. LUPI DUARTE
JOÃO G. VALENTIM
ANTONIO LOUZADA
VALDEMAR NIEMEYER
E. J. KANAN

— 0 —

GERENTE: **ALMANZOR ALVES**

ASSINATURAS:

Ano: 25\$000 — 2 anos: 40\$000 — Estrangeiro ano: 40\$000

Séde da Redação: Rua dos Andradas n. 1117

Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originais

MARIO SALIS — Cardiopatias congênitas	pg. 301	401
ALFEU BICA DE MEDEIROS e CARLOS JOSE' GONÇALVES — Sôbre um caso de "Ileo-transversostomia prévia no tratamento dos tumores do colon ascendente" ..	" 315	415
CÉSAR SANTOS — Vitamina C — Acidentes	" 323	423
<hr/>		
NOTAS TERAPÊUTICAS	" 325	

Nas convalescenças: **Serum Neuro-Trófico**

Tônico geral - Remineralizador - Reconstituinte - Estimulador

— MEDICAÇÃO SERIADA —

Instituto Terapêutico Orlando Rangel
Rua Ferreira Pontes, 148 — Rio de Janeiro



NEURILAN

*Poderoso calmante do
systema neuro-vegetativo.*

*Indicado na excitação nervosa,
nos desequilíbrios vagosympa-
thicos, palpitações, insonecia,
dyspepsia nervosa.*

*A base de estroncio bromado,
crataegus, leptolobium, meimendo.*

*Dose: 1 a 2 colheres das de chá em agua
assucarada as refeições.*

NÃO DEPRIMENTE

NEURILAN

Lab. ^{rio}Gross - Rio

Trabalhos originais

Cardiopatias congenitas

Considerações a propósito de um caso da 20.^a Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia *

Mario Salis

O caso com o qual procurarei prender vossa atenção nada mais representa que uma simples constatação da clínica corrente.

A visualização casuística em Medicina porém, gera por assim dizer de imediato o esboço do aparelho defensivo em face do elemento agressor.

À verificação da responsabilidade das cardiopatias no Índice de Morbides e obituário da República Argentina, surgiu o serviço da luta contra a enfermidade do coração, em cuja direção P. Cossio com o brilho que o caracteriza, já muito tem feito com referência ao combate e à profilaxia das cardiopatias.

Entre nós cada vez mais se comprova o que diz o professor Bianchi: "A mortalidade por afecções cardiovasculares é neste princípio de século, mais que duplicada, e segundo dizem alguns autores quasi triplicada nos indivíduos a partir de 45 anos".

No plano de Assistência Social, realizado pelos nossos Institutos de Aposentadorias e Pensões, na distribuição das causas da invalidez, as afecções do aparelho cardio-circulatório figuram em 1.^o lugar, a tuberculose achando-se em 2.^o.

Os nossos dirigentes perceberam a importância destes problemas e nossas principais capitais já são dotadas de serviços especializados, no combate e profilaxia das cardiopatias.

Que a simplicidade desta descrição seja, pois, relevada pela importância do problema que com ela se acha correlato.

OBSERVAÇÃO

Trata-se de S. B. com 23 anos de idade, sexo feminino, solteira, branca, doméstica, natural de Itapoan, neste Estado, residente à rua Gaspar Martins n.^o 443. Baixou à 20.^a Enfermaria à 12-2-1940, achando-se acamada ao leito n.^o 34.

An. Próxima: — Informa que desde a infância (3 anos de idade) seachadoente. Ao menor esforço sente falta de ar, tonturas, palpitações, suores frios, pés e mãos geladas e logo surge na face, sobretudo nos lábios e apêndice nasal, intensa cor azulada (cianose).

Atribue o início de suas perturbações à idade acima referida pelo comemorativo de uma queda sofrida nessa idade, dando o exa-gero daquela sintomatologia.

(*) Palestra realizada em Outubro de 1940 na Sociedade de Medicina.

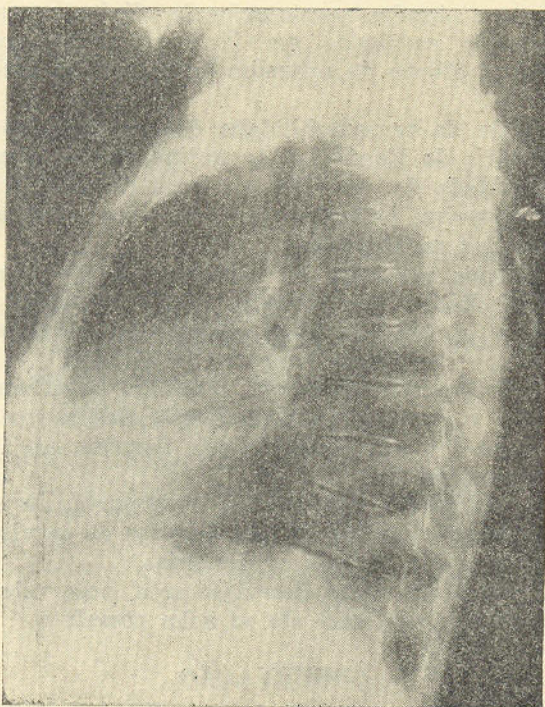
Por êle, 2 vezes baixou nossa paciente à Santa Casa, recolhendo-se à 20.^a Enfermaria em 1934 e à 17.^a em 1939.

Esta exteriorisação, entretanto, geralmente desaparece pelo simples repouso no leito.

Procurou viver sempre retraída, pois desde cedo verificou que não podia acompanhar suas amiguinhas nos jogos e passeios (cança-se facilmente).

Esteve no colégio, porém não conseguiu aprender a ler e escrever.

Ha um nítido atraso mental. Suas digestões são difíceis, queixando-se de sensação de enfiamento após as refeições.



LATERAL ESQUERDA:

Em inspiração profunda, impermeabilidade do espaço retro-esternal (aumento do ventrículo direito)

Ha 15 dias acordou com dôres no peito e na região lombar. Permaneceu acamada. À tarde teve febre. Foi medicada e três dias após nada mais sentia. Ao tentar levantar-se, porém, sentiu-se tonta, com muita falta de ar, palpitações, suores frios e sua cianose tornou-se tão intensa que chamou a atenção de todos os de casa.

Como nos dias subseqüentes não melhorasse, baixou à Santa Casa de Misericórdia.

Em seu passado: conta colite com grande hemorragia intestinal aos 5 anos. Sarampo aos 7 anos e coqueluche aos 10.

Seu pai faleceu aos 50 anos com úlcera gástrica. Sua mãe é doente. Sofre do coração (sic).

Tem 5 irmãos, todos fracos. Perdeu 3, um logo ao nascer e os outros dois aos 22 anos, sendo que um deles era epilético.

Nasceu de parto a termo. Custou muito a caminhar e sair os dentes (sic).

Menarca aos "20 anos". Até agora 3 menstruações, uma por ano, dolorosas, durando 3 dias.

Anorexia, digestão dolorosa e difícil. Constipada. Vômitos. Urina pouco (carregada de côr avermelhada). Tosse seca. Insônia. Suores profusos. Dormência nas extremidades.

EXAME SOMÁTICO

Biotipo: — Astênico. Ângulo de Charpy — mais ou menos 40°.

Atitude: — Forçada ortopneica.

Facies: — Levemente cianosada.

Pele: — Elástica, húmida, fria nas extremidades distais

Unhas: — Com forma especial, lembrando as de um vidro de relógio.

Pêlos: — Sêcos e muito pouco desenvolvidos. **Axilas glabras.**

Mucosas visíveis: — Bem coradas.

Tecido celular subcutâneo levemente infiltrado nos membros inferiores. Leve atrofia muscular.

Gânglios superficiais: — Palpáveis e indolores.

Ausência de desenvolvimento dos caracteres sexuais, secundários. Temperatura axilar: 37°8.

Aparelho Circulatório: Coração:

Ictus cordis no 5.º espaço inter-costal esquerdo, sobre a linha hemi-clavicular.

Frêmito catareo, sistólico, intenso, mais perceptível na base. Sôpro holossistólico com máxima audibilidade no foco pulmonar, rude, áspero, muito intenso, com propagação para a clavícula esquerda. A intensidade dêste sôpro, dificulta a ausculta dos demais focos, percebendo-se, ainda, entretanto, um sôpro sistólico, sem propagação, meso external.

Pulso radial: — Relativamente cheio, batendo 118 vezes por minuto.

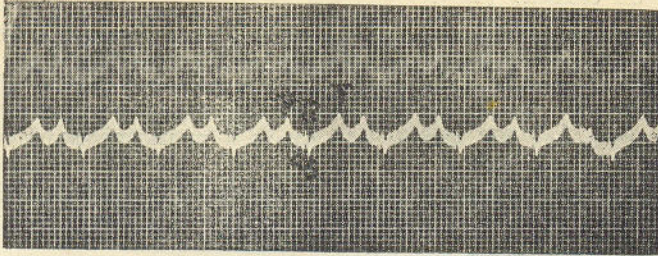
Tensão arterial: — Máxima: 11. — Mínima: 7. — (Vaquez Laubry). Veias turgidas no pescoço e temporas.

Aparelho respiratório: — Respiração tipo costal, com frequência de 35 por minuto. — Leve congestão de base.

Aparelho Digestivo: — Bôca:

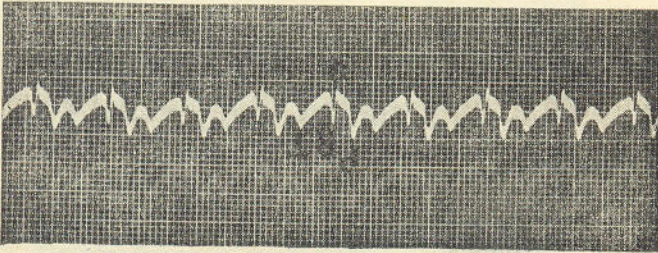
Dentes mal implantados e em mau estado de conservação.

P = 2 mms.



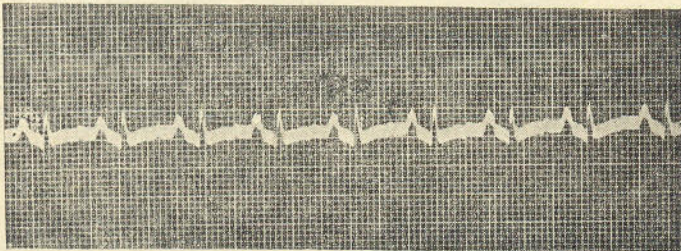
D I

P = 4 mms.

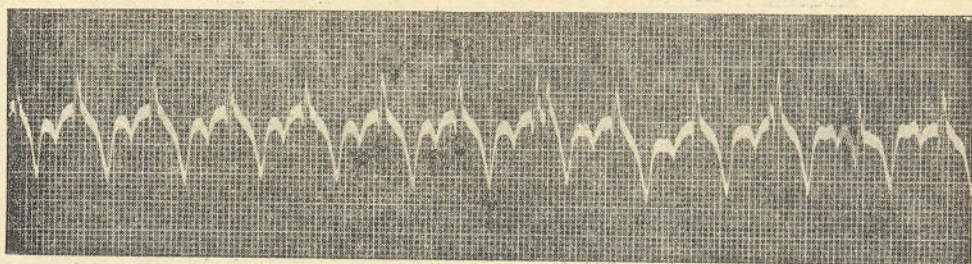


D II

P = 2 mms.



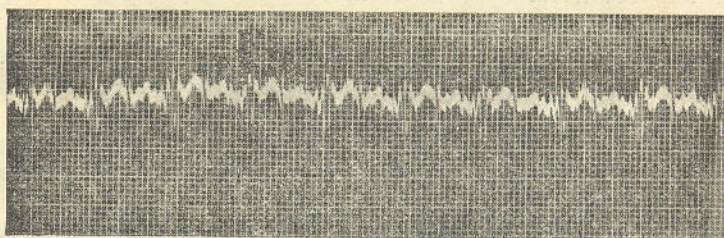
D III



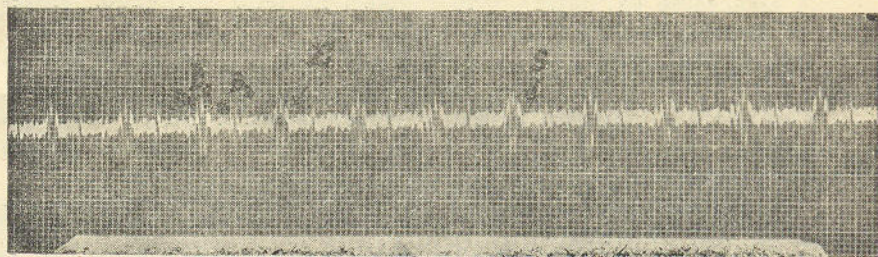
P = 2 mms.
D IV



Controll.



Base, simultâneo; DI.
(fóco pulmonar)



Base, simples; DI.
(fóco pulmonar)

Abdomen: — Dôr à pressão da região epigástrica. — Vascoejo gástrico.

Aparelho urinário: — Dôr nos pontos reno-uretrais, sobretudo à esquerda.

Ha uma nítida disendocrinia, revelada pela amenorréa, ausência de caracteres sexuais secundários, estado mental infantil, etc.

EXAMES COMPLEMENTARES

Foram solicitados: Vários exames de urina (reveladores no caso de congestão hepato renal). — Dosagens de escórias — Cloretos: 4 gr. 563. Uréa: 0,405% — Creatinina: 1mmgr. 38%. — Reserva alcalina: 50,8 vol. CO²%. — **Hemograma:** — Hemacias — 5.430.000. — Leucócitos: 18.800.

Cel. de Türk 1%. — Cel. de Rieder: 0,5% — Eosinófilos: 0,5%

Neutrófilos	}	Mielocitos
		Fórmulas jovens
		” em bastonete: 1,5%
		” segmentadas: 78%

Linfocitos: 9,5%

Monocitos: 9%

Dosagem de hemoglobina: 108%.

Valôr globular = 1

Fórma hemática: normocítica e normocrônica.

Eletrocardiograma: — Devido a gentileza do Dr. João Rechden, deu-nos as seguintes conclusões: Exagero da onda P. — Taquisistolia sinusal. Leve desvio do eixo elétrico do coração para a direita. Frequência auricular e ventricular de 120 movimentos por minuto.

O estudo radiológico dêste caso realizado pelo radiologista do nosso serviço, Dr. Osorio Lopes, revelou aspectos bem interessantes conforme comprovam os clichés anexos.

Esta paciente permaneceu em nosso serviço cerca de cinco meses. O estado infeccioso que apresentava ao baixar à Enfermaria, dentro em breve foi aparentemente debelado.

Sua febre desapareceu. Os exames solicitados, além do que já constatamos, nada revelaram.

A cianose se extinguiu pelo repouso no leito, tornando, entretanto, a aparecer ocasionalmente, quando realisava qualquer esforço.

Sua tensão arterial se conservava mais ou menos nas cifras já citadas.

Em Abril p. passado, porém, começou a sentir fortes dôres na região lombar esquerda, tornando-se sua urina muito carregada e com um aspécto purulento. Sua temperatura começou a se elevar.

Concomitantemente a cianose reaparece, embora fracamente, para tornar-se logo constante.

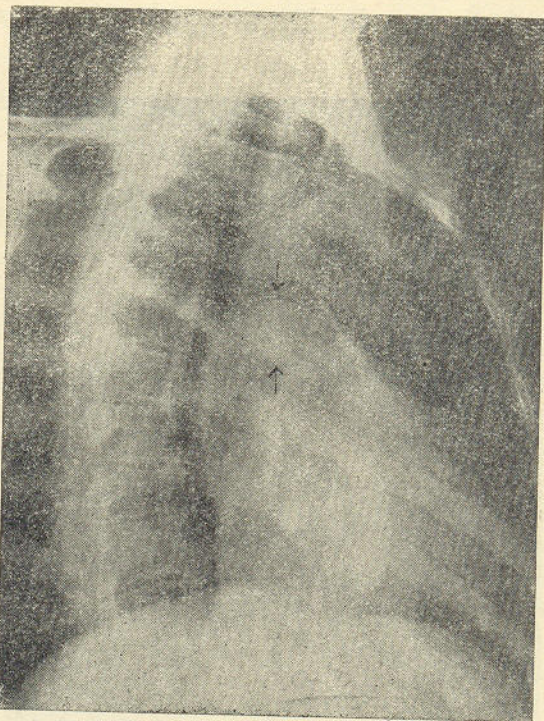
Em breve, ao chegarmos à Enfermaria, somos informados que esta doente apresentava uma violenta "pontada" no hemitorax esquerdo, encontrando-se sua temperatura a 39°5.

Ao examiná-la, encontramos um sopro nítido na região apical do pulmão esquerdo, o qual, nos dias em que se seguiram, não era perfeitamente audível. A febre, entretanto, continuava elevada.

Poucos dias depois, uma vômitica se apresentava e ao exame da paciente se encontrava um derrame pleural, que puncionado revelou-nos a presença de um pleuriz putrido.

Seu estado geral foi se tornando sempre pior e a 2-6-1940, atingiu o êxito letal.

O exame necropsico então realizado pelo Dr. Heitor Cirne Lima, cheio de achados interessantes, foi o seguinte:



OBLIQUA ANTERIOR DIREITA

Aumento da aurícula esquerda. — Ramos da artéria pulmonar apanhados sagitalmente, visíveis sob forma de um disco denso, na base do pedículo.

EXAME HISTO-PATOLÓGICO

Materail: — Baço — rim esquerdo — pedaços de pericardio, fígado, coração. Especimen remetido pela Enf. 20.^a.

Leito: — 34.

Psp.: — 1682

Requisição do Serviço do Dr. Mariante.

RESULTADO

E. 38/40: — Espessamento difusos do epicardio.

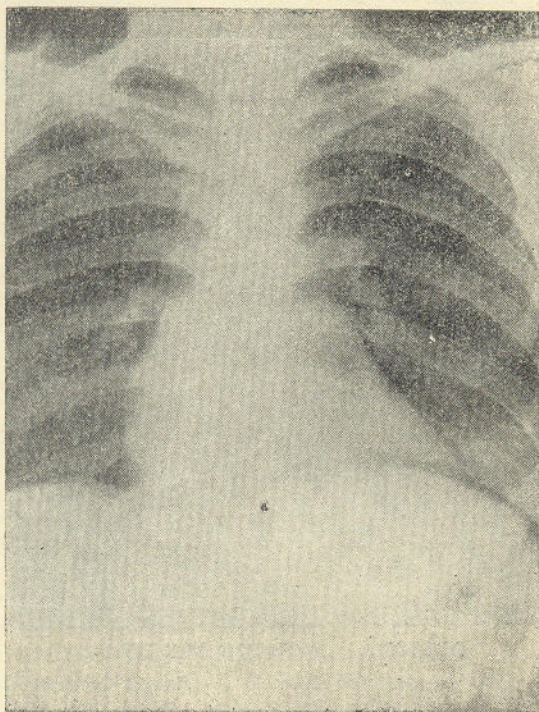
Forte dilatação da aurícula direita. Trombo pediculado, organizado, da auriculeta direita.

Espessamento da válvula tricúspide. Estenose desta válvula (6 cms.).

Forte hipertrofia do ventrículo direito.

Estenose, de alto grau, da arteria pulmonar (2 cms.), com forte espessamento das válvulas. Trombo, em parte organizado, no ponto de bifurcação da arteria pulmonar, sem aderência à parede (embolo?).

Dilatação da aurícula esquerda. Espessamentos do endocardio, nesta aurícula.



POSTERO-ANTERIOR:

Arco auricular direito saliente; ponto "D" alto.

Foramen oval largamento aberto.

Espessamentos da válvula mitral. Insuficiência e estenose desta válvula (7 cms.).

Hipertrofia do ventrículo esquerdo.

Espessamentos e fenestração das válvulas aórticas. Discreta arterio-esclerose da aorta e arterias coronárias.

Não há persistência do ducto de Botal.

Em todas as válvulas (mitral, tricuspide, pulmonar e aorta) aspectos de endocardite verrucosa.

O coração fôra aberto por meio de uma incisão que interessava o septo interventricular, o que dificultou a verificação do estado dêsse septo. Na parte superior, correspondente ao septo membranoso, parece haver persistencia de comunicação inter ventricular.

Pericardio: — Forte espessamento. Intensa infiltração inflamatória por leucocitos polimorfonucleares, linfocitos e grandes celulas mono nucleadas. Na superficie da serosa há exudato fibrino-leucocitário.

Baço: — Paqui-peri-esplenite. Estáse. Hipertrofia difusa. Abscesso em bólico.

Fígado: — Gorduroso de estáse.

CONSIDERAÇÕES

O caso de que hoje nos ocupamos traz em si fatores interessantíssimos que se prestam sobremaneira a discussão de elementos que grandemente repercutem no desenvolvimento dos indivíduos.

Seu estudo deveria pois, partir de conhecimentos embriológicos indispensáveis à compreensão do mecanismo das lesões congênitas do coração.

Seu desenvolvimento sistemático minucioso atingiria, entretanto, proporções que não cabem nesta palestra.

Procuraremos, nestas condições, nos cingir ao caso concreto, nos referindo sómente àquilo que considerarmos de maior importância.

Indiscutivelmente, sob o ponto de vista cardio-vascular, que mais nos interessa de momento, nos encontraremos em face de um caso complexo em suas manifestações, uma vez que acreditamos que os elementos congênitos por parada de desenvolvimento e infecciosos, andam a par, repartindo sua responsabilidade etiológica.

Assim encontramos aqui o foramen oval, largamente aberto; estenose de pulmonar; estenose de tricuspide c/com. inter-auricular e comunicação inter-ventricular, ao lado de uma estenose e insuficiência mitral, fenestração de válvulas aorticas e todo o endo cardio com o aspecto de endocardite verrucosa. Si bem que algumas destas lesões possam ser consideradas nitidamente como perturbações do desenvolvimento embriogênico, as mais encontradiças em nosso caso são, entretanto, geralmente atribuidas a um processo infeccioso desenvolvido na vida fetal.

Afim de melhor poder situar o caso presente transcrevemos a classificação de P. Cossio, verdadeiro pioneiro da escola cardiológica Argentina. Ele amplia a classificação de Abott, que se basea numa grande estatística (1.000 casos), em que considera um só elemento, a "cianose", valorisa o elemento "sôpro" e assim distribue as cardiopatias congênitas:

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DAS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS

<p>1.º GRUPO Sem cianose por ausência de curto circuito e insuficiência cardíaca direita.</p>	<p>SUB-GRUPO A Sem ruído de sôpro</p> <p>SUB-GRUPO B Com ruído de sôpro</p>	<p>Mal formação do pericárdio (divertículo-ansênia) Des-trocardia total. Caçado aórtico para a D. ou duplo ca-jado</p> <p>Cardio-megalia congênita</p> <p>Bicuspidé aórtico</p> <p>Estenose subaórtica. Coarctação da aorta. Corda tendi-nosa aberrante.</p> <p>Hip. idiopática congênita Anomalia coronária Cardio-megalia glicogénica de Von Gierke</p>
<p>2.º GRUPO Com cianose tardia por inversão de um curto circuito primitivamente arterial venoso ou por aparição de insuficiência cardíaca direita</p>	<p>SUB-GRUPO A Sem ruído de sôpro.</p> <p>SUB-GRUPO B Com ruído de sôpro.</p>	<p>Comunicação inter-auricular.</p> <p>Persistência do canal arterial. Comunicação inter-ventricular. Estreitamento da pulmonar.</p>
<p>3.º GRUPO Com cianose permanente por curto circuito venoso arterial no nascimento da aorta do ventrí-culo direito.</p>	<p>SUB-GRUPO A Sem ruído de sôpro.</p> <p>SUB-GRUPO B Com ruído de sôpro.</p>	<p>Atrésia tricuspide com comunicação inter-auricular. Transposição dos grandes vasos. Coração trilobular biventricular, ou bi-auricular. Coração de Fallot ou enfermidade de Corvisart. Eisenmenger complexo. Transposição dos grandes vasos comunicação inter-ventricular. Persistência do ostium comun. Dextrocardia incompleta.</p>

Em nosso caso contávamos com dois notáveis elementos para o diagnóstico de cardiopatia congênita: — *intenso sopro holo* sistólico com máxima audibilidade no foco pulmonar e *cianose*. A possibilidade diagnóstica de com. interventricular foi aventada pelo professor Thomaz. Confessamos que em consequência da intensidade do sopro pulmonar não distinguimos as características do sopro da doença de Roger.

Os achados necropsícos, entretanto, mais do que os dados clínicos tornam nosso caso interessantíssimo e nos permitem retrospectivamente melhor analisá-lo.

Nossa paciente que evidentemente era portadora de grave cardiopatia congênita, com responsabilidade etiológica embriogênica e infecciosa, teve um terreno ótimamente preparado para o desenvolvimento da endocardite maligna vegetante, com desprendimento de trombos septicos para toda economia, dando o quadro piohêmico com que veio a falecer.

A ampla abertura do foramen oval, geralmente consequente a perturbação do desenvolvimento de um dos septos que fecham a comunicação inter-auricular, pôde ser devida, quer ao deficiente desenvolvimento do septum primus ou a uma excessiva reabsorção de seus próprios elementos, quer a uma perturbação do desenvolvimento do septum secundus, uma vez que esses elementos se fecham a maneira de duas meias-luas que se aproximam no sentido de suas concavidades, vindo finalmente a se fundir, não marginalmente, porém face a face.

Esta soldadura se faz mais ou menos no 3.º trimestre após o nascimento. Antes disso, porém, ela constitue uma espécie de válvula que permite a passagem do sangue sómente da aurícula direita para a aurícula esquerda.

Vejam, agora, a importante repercussão sobre este orifício, de um processo inflamatório que se desenvolva durante a vida fetal e venha a constituir uma estenose da tricuspide ou da pulmonar. Evidentemente logo em consequência dos obstáculos encontrados pelas cavidades direitas, estas se hipertrofiam e após o nascimento, embora com o aparecimento da circulação pulmonar e maior desenvolvimento da atividade do coração esquerdo, o primeiro se mantém com uma tensão superior, não permitindo a oclusão daquele orifício.

Bradley Patten, da Universidade Michigan, em um interessante trabalho no "The American Journal of Pathology" estudando certas malformações congênitas do coração, dá grande importância ao achado de estenoses valvulares direitas e persistência do foramen oval.

Seria esta uma importante prova da origem congênita daquelas, constituindo o achado de uma estenose tricuspide ou pulmonar com o foramen oval perfeitamente fechado a demonstração cabal de que aquelas se tinham formado muito após o período néo-natal.

A persistência de comunicação interventricular aqui também encontrada, se atribue igualmente a uma perturbação embrionária. Este septo interventricular formado pelo desenvolvimento do primitivo septum inferius de His que, irá formar a porção carnosa do septo e o septum aorticum que constituirá a parte membranosa, no seu ponto de união na vida embrionária, deixa um pertuito ou foramen de Panizza, que existe

normalmente no coração de muitos reptís e sobretudo no coração dos crocodilos e pôde permanecer no homem como anomalia.

Como perturbação congênita esta comunicação pôde ter forma variada e se localisa sempre na parte membranosa, em situação alta. Este elemento se torna importante ao considerarmos que pôdem haver comunicações inter-ventriculares não congênitas, geralmente devidas a "tromboses coronaris" produzindo processos miomalácios circunscritos, e se localizam no terço inferior do tabique, em plena porção carnosa. Seu diagnóstico se poderá fazer facilmente, si alguns dias depois de produzida a trombose coronária, aparecer o sôpro típico na localização característica.

Estas lesões congênitas quando não exageradas são compatíveis com longa sobrevida e são muito frequentes, correspondendo a mais ou menos um terço das malformações. Acreditamos que no caso concreto o coração da paciente sofreu na vida fetal, uma endocardite (reumatismal ou infecciosa) com localisacção no aparelho valvular direito, dada a maior frequência de localisacções dêsses processos a êsse nível, consequente à sua maior importância durante a vida fetal.

Nossa paciente, entretanto, mau grado essas malformações já citadas, de per si eminentemente cianogênicas, não apresentava cianose constante e intensa. *Tal deveria se dar*, segundo achamos plausível pelas lesões que se encontravam nas cavidades esquerdas. As comunicações das cavidades direitas e esquerdas se achavam assim sujeitas a novas condições de equilíbrio.

O curto circuito existente seria então arterial venoso e só ocasionalmente, por um esforço ou afecção pulmonar surgida, tornar-se-ia venoso arterial com a cianose correspondente. As lesões do coração esquerdo, de tão frequente constatação no adulto, não foram em nosso caso elucidadas em vida. Tal fato, porém, se justifica perfeitamente ao considerarmos que o sôpro da estenose mitral tem geralmente um reduzido número de vibrações, não se ouvindo frequentemente sôpro algum, porém sim, como acentúa Scherf, desdobramento e impureza do 2.º tom na ponta, admitindo-se que tal desdobramento ou impureza constitue o típico sôpro de estenose mitral.

Portanto, considerando ainda, a frequência das estenoses mitraes auscultoriamente mudas, poderemos julgar as dificuldades para sua constatação. A estenose mitral pura é, porém, muito raramente encontrada.

Geralmente a estenose vem acompanhada de insuficiência da mitral, visto que, muito difficilmente uma endocardite localisada no orificio deixaria de tocar nas respectivas válvulas. As dificuldades dara o diagnóstico diferencial dos sopros cardiacos, até ha pouco, quasi que absolutamente intransponíveis, uma vez que resultavam da percepção auditiva variável de indivíduo para indivíduo, hoje com o advento da fonocardiografia se acham muito diminuidas.

Mezmo assim, entretanto, a insuficiência mitral é, segundo Scherf, a lesão valvular que se diagnostica erroneamente com maior frequência.

Haja visto que 20% de individuos jovens e saos apresentam sôpro sistólico com todas as características do sôpro de insuficiência mitral, sendo que a *questão da origem dèstes sôpros se resolve por meio da con-*

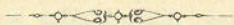
tra prova de "per que são tão numerosos os indivíduos normais sem sôpro sistólico".

Disto resulta o critério de muitos pediatras que sustentam que a insuficiência mitral adquirida sendo muito jovem, póde desaparecer (erro de diagnóstico). A própria estenose mitral já traz algumas modificações do sôpro de insuficiência (reforço do 1.º tom).

Finalmente, em certos casos a insuficiência mitral póde ser também muda. Ante todas essas dificuldades a não constatação em nosso caso, onde havia um sôpro pulmonar intensíssimo, não constitue exceção. A nosso vêr, a paciente que motivou essas considerações, tendo suas malformações embriogênicas, fez em sua vida fetal um processo endocárdico com localização no aparelho valvular direito. Esta situação preparou o verdadeiro meio de cultura para o desenvolvimento na vida post-natal da endocardite do coração esquerdo.

Nestas três últimas lesões encontramos um elemento de contra-balanço entre ambos os corações, permitindo seu desenvolvimento e sobre-vida, mesmo com os deficits funcionais por ela apresentados. (Infantibilismo, etc. etc.) a espera da pio-hemia que haveria de leva-la.

NATROL



NÃO É { um simples bismuto
 { um similar de Natrol

É **NATROL** mesmo.

Tártaro-bisbutato de sódio em soluto aquoso,
perfeito, indolor, bem tolerado.

Obtido após pesquisas originais dos Professores **Parreiras Horta** e **Paulo Ganns**, controladas pelo Prof. **Giemsa**.

Consagrado como “o melhor bismuto” pela Classe Médica do Brasil em 20 anos de uso intenso e progressivo.

Carlos da Silva Araujo, S. A. — Caixa Postal 163 — Rio

LABORATORIO CLINICO SILVA ARAUJO — L. C. S. A.

Agente em Porto Alegre: Fausto Sant'Anna — Rua Siq. Campos, 1257

Agente em Pelotas: Bohns Irmãos — Rua Marechal Floriano, 115

Sobre um caso de "Úleo-transversostomia prébia no tratamento dos tumores do colon ascendente"

Drs. Alfeu Bica de Medeiros e Carlos José Gonçalves

No dia 4 de Junho do ano de 1939, apresentou-se no consultório do Dr. Alfeu Bica de Medeiros, um paciente, A. M., do sexo feminino, branca, casada, com 58 anos de idade, do biotipo brevilineo astênico, pesando 59 quilos, com 1m,56 de altura, doméstica, natural de Taquara, residente n/capital, queixando-se de que ha 10 anos sofre de "dispepsia" e que dois anos antes sofrera intensa colite. Com o decorrer dos anos os fenômenos dispepticos se acentuaram e a doente passou a apresentar anorexia, náuseas e sensação de enfartamento.

De ano e meio para cá, as perturbações digestivas, mais evidente se fizeram com o acrescimo das erutações de cheiro azedo e regorgitações alimentares, até após o café. Datam, também daí para cá a constipação, sensação de cansaço físico, emagrecimento progressivo e a palidez geral que cada vez mais se foi acentuando, nunca apresentando diarréia.

Sua anemia já era tão acentuada que as amigas notavam chamando-lhe a atenção para o seu estado de súde que não obstante achava a paciente ser bom.

Impressionada, por fim, mais com o seu estado de anemia do que com os distúrbios dispepticos, resolveu tratar-se consultando alguns médicos.

A despeito de todos os tratamentos anti-anêmico e gástrico feitos, não obteve resultado satisfatório.

Em Fevereiro deste ano, 1940, após forte diarréia de 2 semanas, seguida depois de constipação, começou, a paciente, a experimentar sensação de angústia, de plenitude na região epigástrica e de peso no hipocôndrio e flanco D., causando-lhe mal estar na posição de decúbito dorsal, principalmente após às refeições, só aliviando na posição recostada.

Ultimamente a anorexia era total, frequentes regorgitações, a constipação era mais intensa, só evacuando com clister; uma dôr "surda", surgiu, então, no hipocôndrio D. que se irradiava para as regiões epigástrica e hipocôndrio E., seu estado anêmico já era intenso, a coloração dos tegumentos era de amarelo-palha e o seu emagrecimento acentuado apresentava uma diferença de peso de 21 quilos em 18 meses.

Não obstante, seus sintomas gerais serem discretos, seu psiquismo surpreendeu-nos sempre pelo modo confortador com que nos relatava sua doença; sono normal, nunca sofreu dores de cabeça, febre, vertigens nem vômitos, e nega haver sofrido de melenas em todo êste período de evolução mórbido.

Na anamnese familiar hereditária, o pae faleceu de t.b.c., esposo sadio, 6 filhos sadios (3 casaes), 1 morreu aos 2 anos de bronco-pneumonia, 2 abortos espontâneos (aos 3 meses). Menopause aos 53 anos.

EXAME CLÍNICO

Emagrecimento geral, palidez amarelo-palha, língua saburrosa, dentes incompletos, mucosas pálidas, reflexos normais, aparelho respiratório e circulatório normais. Pulso 96. Temperatura $37\frac{1}{2}$. Pressão — Mn.: 7 Mx.: 12.

Examinando o abdome constatamos, à inspeção, ventre escavado; timpanismo exagerado na reg. epigástrica e região umbelical e som massiço no flanco D.; à palpação, ventre flácido e depressível, com leve reação de defeza no flanco e hipocôndrio D. e de sensação dolorosa a compressão profunda.

EXAMES DE LABORATÓRIO:

Em Outubro de 1938.

Hemátias	—	2.960.000 por mm^3 .
Leucocitos	—	8.560 por mm^3 .
Hemoglobina	—	22% (Sahli).
Valor globular	—	0,47.

Fórmula leucocitária (Schilling):

Eosinofilos	—	8%
Basofilos	—	1,6%
(Mielocitos	—	0,2%
Neutrofilos (Metamielocitos	—	0,0%
(Metamielocitos	—	4%
(Núcleo simples	—	60,8%
Monocitos	—	9%
Linfocitos	—	16,4%
	—	100%

Fórma hemática: Anisocitose e anisocromia acentuadas. — Policromasia e poiquilocitose moderadas.

Em Maio de 1939.

Hematias	—	3.460.000 por mm^3 .
Leucocitos	—	9.625 por mm^3 .
Hemaglobina	—	34% (Sahli).
Valor globular	—	0,61%.

Fórmula leucocitária (Schilling):

Eosinofilos	—	3,4%
Basofilos	—	0,4%
(Mielocitos	—	0,0%
Neutrofilos (Metamielocitos	—	0,0%
(Núcleo simples	—	8,6%
(Núcleo segmentado	—	64%
Monocitos	—	6,8%
Linfocitos	—	16,2%
	—	100%

Fôrma hemática: Anisocromia e anisocitose moderadas. Poucos poiquilocitos.

Dosagens (Uréia — 0gr.423 por litro.

(Cloreto — 5gr.615 por litro.

Reserva alcalina em CO² — 51,4 volumes %.

Curva de acidez (material: Suco gástrico):

Em jeum (acidez total (em HCl) — 0gr.073 por litro.

(ácido clorídrico livre — 0

Depois da injeção de 0,001 de histamina após 10, 20, 30, 45 e 60 minutos o ácido clorídrico livre foi sempre zero (0°, enquanto que a acidez total (em HCl) foi de 0gr..109, 0gr.102, 0gr.088, 0gr.080 e 0gr.506 por litro.

Urina (Ex. qualitativo).

Ex. físico: chama-nos atenção o aspecto turvo, deposito regular flocozo e a densidade de 1008.

Ex. químico: albumina (globulina, serina) traços levíssimos; pseudo-albumina traços levíssimos; sangue traços levíssimos; púna tem; escatól, urobilina, urobilinogênio normais; indoxil grande excesso; reação ao turnesól alcalina p H 7,6.

Ex. microscópico: células epiteliaes — muitas; hemátias — raras; piocitos — diversos; filamentos do muco — muitos bacteriária — regular. — Muitos grânulos de fosfato tri-cálcico.

DIAGNÓSTICO:

Inicialmente, foi lógo afastado, o diagnóstico provável de cancer do aparelho Uro-genital, pelo exame clínico, constatando-se, apenas, atresia do terço superior da vagina de origem senil.

Após, foi aventada a hipótese de um néo do aparelho digestivo, cujos resultados, em síntese, dos exames radioseópico e radiológico foram as seguintes conclusões: Aerogastria, Megabulbo com estase. Estase ileal. Aspecto de colite crônica intensa com redução de calibre do segmento descendente-sigmoide.

Tempos após, pensavam tratar-se de uma anemia gastrogena por dispepsia hipostênica, que foi depois afastada em face da recrudescência da sintomatologia e dos resultados falhos a despeito de todo o arsenal terapêutico.

Em face da sintomatologia, tornaram a pensar na provável existência de um processo patogênico do estômago ou duodeno, cujos resultados radioseópico e radiológico foram em conclusão: O estômago e duodeno se apresentam com os mesmos caracteres observados no último exame (hipotonia gástrica, megabulbo etc.).

E assim, por alguns meses, a paciente, com um espírito a toda a prova, continuava carregando a cruz de seus sofrimentos, enquanto a etiopatogenia pairava, ainda, a sombra de uma incognita. — Aborrecida já por fim, em ver que todos os tratamentos redundavam na ineficácia

de resultados, resolveu, ainda uma vez, ouvir a opinião de mais um médico, procurando então o Dr. Alfeu, no dia 4-6-939.

Guiados pela exacerbação do síndrome digestivo, verificado ultimamente, e pelo acrescimento de novos sintomas de suma importância — forte constipação, só cedendo à grandes lavagens intestinais, defeza e dôr a compressão no hipocôndrio D. — foi-se levado a fazer o diagnóstico de tumor, de provável origem maligna, do hemicolon D.

Como meio comprobatório foram requisitados exames radiológicos do grosso intestino por enema, feitos pelo Dr. Pedro Maciel, cujo resultado foi o seguinte: Exame por enema — injeção de 1.500 cc. de sol. baritada, com perfeita tolerância. O líquido opaco injetado transita facilmente por todos os segmentos cólicos até o ceco. Aspetto espasmódico do descendente. Defeito de enchimento, permanente, ao nível do ascendente, com *imagem lacunar típica, de forma anular*. Ceco dilatado.

CONCLUSÃO: — Aspetto radiológico de alterações parietaes ao nível do cólon ascendente, com características de processo infiltrativo do tipo neoplásico.

Firmado o diagnóstico, em Junho baixava ao hospital São Francisco.

A terapêutica pré-operatória foi de 3 dias, consistindo na continuidade do tratamento anti-anêmico e injeções, diárias, de 500 cc. de Sôro glicosado com 10 unidades de Insulina, hipodermicamente, e à tarde do dia que precedeu a intervenção, foi feita lavagem intestinal e assepsia da região.

Em narcose geral pelo éter, a paciente, foi passiva de uma laparotomia paramediana D., 1.º tempo da intervenção — iléo-transversostomia — que consistiu na secção do iléo junto ao cólon, com sepultamento do couto no ceco e anastomose do tipo latero-lateral da porção distal do iléo à parte média da face anterior do transversos.

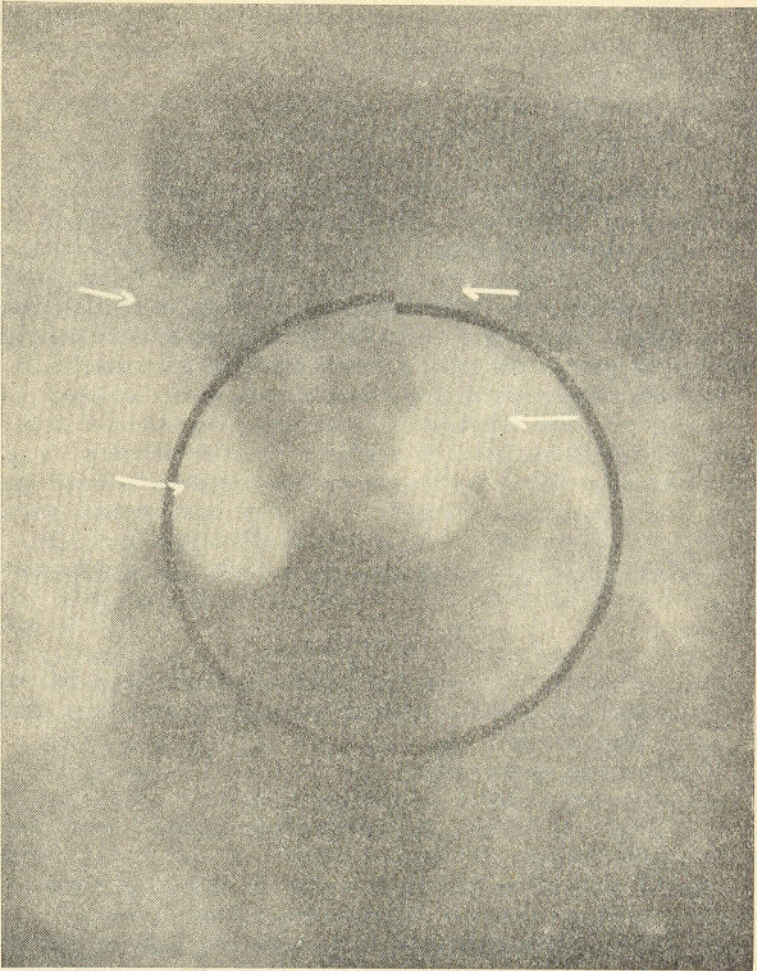
A terapêutica post-operatória, neste dia, consistiu em cardiotônicos de 3/3 horas, meio litro de Sôro fisiológico, NaCl hipertônico 20% — 20 cc., meio litro de Sôro glicosado com 15 unidades de Insulina e 1 ampôla de Trivalerina n.º 2 à noite; dieta absoluta. Durante os 3 dias seguintes foram feitas, ainda, os Sôro fisiológico, glicosado isotônico com Insulina e o hipertônico NaCl. A partir do 1.º dia de operada, foi dada a paciente, a dieta post-operatória dos gastrectomizados.

Ao lado desta terapêutica andou sempre o tratamento anti-anêmico pelos Extratos de fígado e ferro.

A paciente, apesar das condições desfavoráveis que apresentava seu organismo, teve um post-operatório ótimo com alta aos 12 dias da intervenção.

Durante mês e meio, tempo decorrido entre as duas intervenções, foi feito tratamento anti-anêmico. Neste lapso de tempo, a paciente, apresentou grandes melhoras como fossem o desaparecimento da sensação de mal estar, de enfartamento, regular funcionamento digestivo e evacuações normaes.

Em Agosto, de novo dava entrada no hospital, a paciente fazendo desta vez como tratamento pré-operatório, apenas, 500 cc. de Sôro gli-



cosado com 15 unidades de Insulina, lavagem intestinal e assepsia da região na véspera do ato cirúrgico.

Devido ao estado de nervosismo em que se encontrava a paciente, teve início a narcose geral pelo éter no leito, sendo, depois, já anestesiada, transportada para a sala de operações.

Através a cicatriz da incisão primitiva, paramediana D., foi feito êste 2.º tempo da intervenção — hemicolectomia D — que consistiu na exeresse de todo o cólon ascendente e em continuidade a terça parte do cólon transverso.

Hora e meia após a intervenção era a paciente subitamente acometida de uma crise da "moléstia post-operatória de Leriche", apresentando-nos esquemia profunda que se traduzia pela intensa palidez marmórea, suores abundantes, hipotensão, taquicardia, respiração superficial e extremidades frias. Felizmente, foi logo percebida a gravidade do caso e com a terapêutica feita Ouabaina, Ormocortina, Krinecort e aquecimento da paciente com cobertores e bolsas d'gua quente — foram logo debeladas as perturbações de ordem neuro-vegetativas e bioquímicas, tornando, a paciente, aos poucos a um estado mais animador, continuando não obstante, durante o dia todo, a inspirar-nos sérios cuidados.

A terapêutica post-intervenção medicamentosa e dietética foi observada a mesma do post-cirúrgico do 1.º tempo desta intervenção.

O post-operatório desta 2.ª intervenção foi bastante sério, pois, o choque operatório não só se fez sentir pelo depauperamento orgânico mas, mais pelo traumatismo operatório em face das grandes aderências do céco à parede posterior, que avançavam até a loja renal D.

Não obstante aos 14 dias de operada deixava o hospital com ótima disposição.

Para confirmação do diagnóstico, mandou-se a peça retirada, ao Instituto Anatomico Patológico, do Dr. Waldemar Castro, cujo resultado do Ex. Histo-Patológico foi:

Material: cólon ascendente.

Aspecto anatomo-clínico: cancer.

Aspecto-histo-patológico: os cortes demonstram que se trata de um processo blastomatoso, de caráter invasor e destrutivo, formado a custa do epitélio glandular do intestino, que se dispõe em formações tubulares com pequenas zonas em degeneração colóide.

Diagnóstico: adeno-carcinoma, com zonas colóides, do intestino.

Tres meses após a última intervenção, a paciente, comunicava-nos de que realmente se encontrava curada, pois, que já havia aumentado 4 quilos.

Mais tarde, quando eram decorridos 6 meses do ato cirúrgico, foi com grande satisfação que constatamos um aumento de 16 quilos na nossa paciente, boa disposição e até mesmo, relativamente, uma boa cor dos tegumentos e mucosas, pois não mais apresenta a típica coloração amarelo-palha dos cancerosos.

Atualmente, decorridos 12 meses, fomos informados pelo médico

assistente da paciente. Dr. Othon Freitas, apresentar a mesma um aumento de 22 quilos.

ESTATÍSTICA

Segundo o Prof. Gosset, o importante e difícil, na hemicolectomia D. por cancer, é conciliar a benignidade operatória e a extensão da exeresse. Estes dois elementos se opõe, mas sua importância é igual e nenhum poderá ser negligenciado.

Quanto as estatísticas, diz êle, que as mesmas deveriam ser baseadas nos sobreviventes, após longo tempo, em relação à totalidade dos casos observados e não um relatório do número de operados ou operatóriamente curados.

E' o cancer do cólon, o mais frequente dos cancers do tubo digestivo, depois dos do estômago e réto.

A distribuição do carcinoma do cólon, verificada na estatística dos irmãos Mayo, no período de 1907 a 1936, é de 37,6% para o céco, cólon ascendente e ângulo hepático; 33,6% para o sigmoide; 17,7% para o ângulo esplênico e cólon descendente e de 11% para o cólon transverso.

Na clínica dos irmãos Mayo (1934), vemos a percentagem das "curas estáveis", ultrapassando o 5.º ano, atingir cêrca de 52% para os cancers do céco-cólon; 40% para o sigmoide; 49% para o transverso; 36% para o rétro-sigmoide, resultados superiores aos do cancer retal.

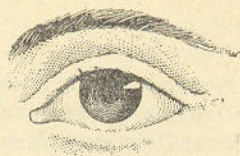
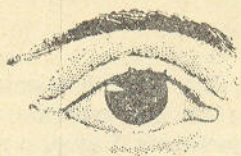
O Prof. Luiz Ramond, fala em 40% de sobreviventes após 2 anos à hemicolectomia D.

Quanto ao tipo de anastomose preferível na ileo-transversostomia tem sido a termino-lateral, verificada atravez as estatísticas das clínicas — Mayo 57% dos casos; Salpêtrière 52%; Turner 62% e John Hopkins Hospital 49%.

São unanimes as estatísticas em afirmar ser a "hemicolectomia D. por cancer", muito mais benígna quando efetuada em dois tempos, isto é, quando se tem feito a ileó-transversostomia prévia.

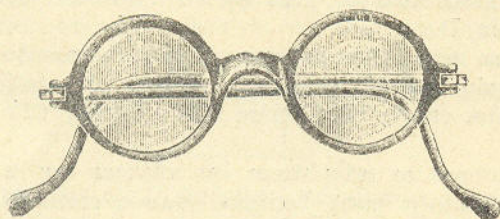
Leriche, também afirma como um dos princípios básicos na cirurgia dos tumores do cólon: "não se deve praticar nenhuma intervenção cirúrgica cuja finalidade seja extirpar um segmento cólico, quando o enfermo se ache em estado de oclusão intestinal, ainda que seja incompleta".

O Prof. Gosset, diz estar a ileó-transversostomia prévia indicada em 75% dos casos por existir concomitantemente uma obstrução ou infecção mais ou menos latente cuja consequência é a origem da mortalidade da hemicolectomia em um tempo.



OPTICA

PIO S. CONTREIRAS
RUA MAL. FLORIANO 35 — PORTO ALEGRE



ÓCULOS

LUNETAS

PINCE-NEZ

BINÓCULOS

MICROSCÓPIOS

BARÔMETROS

Lentes Krytok Bifocaes — Para ver longe e perto

INVISIVEIS

Apontam-se receitas medicas com a máxima perfeição.

Vitamina C — Acidentes

por
César Santos

Estamos na época das vitaminas.

A patologia e a terapêutica humanas acham-se engrandecidas com o extraordinário progresso da vitaminologia.

Caudais de produtos vitamínicos vão sendo lançados diuturnamente e usados, com ou sem êxitos, nas múltiplas injúrias que acometem os organismos da multidão de doentes a se arrostarem por aí. Então é que os resultados de tais medicamentos necessitam divulgação para aprendermos o máximo os seus efeitos. Em virtude deste raciocínio, trazemos à publicados os três casos abaixo descritos, da nossa clínica, assinalados com acidentes produzidos por injeções de *ácido ascórbico na veia*. O ácido utilizado proveio de dois laboratórios estrangeiros, bastante conceituados.

OBSERVAÇÕES:

A)

M. I. L., com 26 anos, branca, solteira, doméstica, brasileira, residente na Avenida João Pessoa, n.º 553, nesta Capital.

Esta paciente vinha fazendo injeções de ácido ascórbico a 5%, 5 cc., em dias alternados. Ao terminar a terceira injeção, sentiu tonturas, náuseas e palidez. Foi de auto para casa, ficando três dias acamada, urinando pouco, com fortes dores na região sacro-lombar e com tonturas, ao tentar levantar-se. Isto em outubro de 1939.

B)

C. S. com 25 anos de idade, branca, solteira, doméstica, brasileira, residente na rua Barão do Amazonas, n.º 159, em Petrópolis, nesta Capital.

Portadora de uma insuficiência suprarenal larvada, teve entre a medicação preconizada: solução de ácido ascórbico a 5%, 2 cc., em dias alternados, na veia.

Foi devidamente iniciado o tratamento. Mas, uma hora após a primeira ministração do produto, (em 28 de novembro do corrente ano) a nossa doente era acometida de tonturas, sentia os olhos obumbrados, tinha palpitações, falta de ar, tremores generalizados, dores em todo o corpo

acentuadamente nas costas, na cabeça, na região renal. Tinha também vômitos, astenia, temperatura a 38,7°. Com êsse quadro fôra obrigada a acamar-se. À tarde já estava melhor, podendo levantar-se no dia seguinte.

C)

M. A., com 25 anos, branca, casada, doméstica, brasileira, residente na rua General Viterino, n.º 291, nesta Capital.

Achava-se a observanda sob tratamento de *ácido ascórbico* a 5%, 4 cc., na veia, em dias alternados, quando uma hora mais ou menos, depois da sétima injeção se sentiu acometida de fortes tremores em todo o corpo, muito frio, náuseas, extremidades frias e pálidas, língua encurvada para cima e rígida, astenia, amolecimento das pernas sensação de síncope iminente. Mais que tudo era incomodada por terrível falta de ar. Não acusava dores. Essa crise durou uma hora e pouco, terminando por abundante sudação, na ocasião em que chegamos. Apresentava-se nesse momento com 37,5° de temperatura, 114 batimentos radiais por minuto, tensão Mx. 10, Mn. 5. Informa a doente ter sofrido semelhantes perturbações na sexta injeção, mas de modo muito mais atenuado. A presente observação foi colhida em 4 do corrente mês (dezembro de 1940).

Notas terapeuticas

A reabilitação dos tecidos infectados

Investigações recentes, provaram que a glicerina não é sómente um antiseptico mas, tambem, um germicida, capaz de penetrar os tecidos, estimulando as células brancas do sangue defensoras, capaz de levar mais sangue ao sitio da infecção, de remover os tecidos inutilizados e, finalmente, de estimular o reparo dos tecidos celulares fixos.

A Antiphlogistine (análise: 45% de glicerina e/pura), devidamente aplicada, combina todas as virtudes da glicerina, manutenção do calor e da humidade, e a proteção mecânica suprida pelo silicato de alumínio, base do preparado. Poderosamente higroscópica e bacteriostática, êste influe como antiflogístico e nutriente, mesmo nas estruturas profundas, sem efeitos irritantes ou tóxicas.

Casa Carvalho

Fardamentos e Bonés para qualquer colégio, a
melhor confecção pelos menores preços.

Bandeiras Nacionais e de qualquer país,
Estandartes para Sociedades e Signais.



CASA CARVALHO

Rua Marechal Floriano, 4 – esq. Otávio Rocha

FONE 4263

PÔRTO ALEGRE

Iolipobí

Original associação
obtida pelo L. B. C.:

(Iodobismuthato de qq.+hormolipoides+neuro-diastrases)

Formula por empola de 4 cc.
em vehiculo oleoso:

Iodobismuthato de qq.	0,200
Hormolipoides de cerebro	0,020
Neuro-diastrases	0,002
Lecithina	0,004

Oleo de olivas clarificado q. s. 4 cc.

A eficiencia anti-luetica do iodobismuthato de qq. está mais que comprovada desde 1925, época em que o sal foi introduzido no Codex. Medicação actuando em fundo e duradouramente, tal como os melhores compostos insolúveis do bismutho, o referido sal teve o seu tempo de absorção encurtado e, portanto, a sua acção mais prompta, pela conjugação dos lipoides em absoluto estado de pureza ou associados a hormonios.

O IOLIPOBI, além de conter essa util acção synergica, inaugura uma nova associação (neuro-diastrases), que se portou em numerosos ensaios experimentaes e clinicos como efficiente processo de reforço therapeutico.

E' facto conhecido, que além de multiplos hormonios e vitaminas, torna-se imprescindivel para a normal actividade dos tecidos e órgãos a existencia de verdadeiras diastrases ou enzyimas, que se comportam como activos estimulos da nutrição cellullar (hepatodiastrases; neuro-diastrases; etc.). Num terreno de melhores condições metabolicas, o especifico iodobismuthato de quinina ou mais rigorosamente iodeto de bismutho e quinina terá a sua acção comprehensivelmente mais efficaaz.

INDICAÇÕES

Syphilis em todas as suas formas e em qualquer das phases da infecção.

MODO DE USAR:

O conteúdo de 2 ou 3 empolas por semana, sob prescripção medica, em applicação profunda e por via intramuscular.

Laboratorio de Biologia Clinica, Ltda.

DIRECÇÃO SCIENTIFICA:

Dr. Mario Pinheiro

Depositos em S. Paulo, Porto Alegre, Baía, Recife, Curitiba, Belo Horizonte etc.

LITERATURA E AMOSTRA com o depositário e representante nesta capital:

Francisco de Revorêdo Barros — Rosario, 609
